

PF 4 A Evaluering/ revurdering hvert halvår- VÅR

Fakta:

Hvert halvår skal primærkontakt i samråd med sykepleier sikre en helhetlig vurdering av brukeren. Dette er kartleggingen som gjøres hver vår.

Kartleggingen er viktig for å fange opp endringer, og å kunne sette inn forebyggende og kompenserende tiltak på et tidlig tidspunkt. Sjekkliste 4 er også grunnlaget for kartlegging og utredning av demens, i samråd med demenskoordinator og fastlege. Sjekkliste 4 brukes også som grunnlag for vurdering av nye tjenester. Primærkontakt har ansvar for å sikre at en er ofte nok hos sin primærbruker i det daglige slik at en har grunnlag nok til å fylle ut sjekkliste 4, samt å kunne følge opp behov og endringer.

Det er viktig at man tar utgangspunkt i de kartlegginger som tidligere er gjort i sjekklistene (2,4,6), vedtak (**se journal 80, journal 176 hvis vedtaket er eldre enn jan. -19**) og epikriser som er gjort forrige halvår.

Prosedyre

1. Arbeidslisteskriver planlegger besøket og frigjør inntil 2 timer på arbeidslisten. Samtalen dokumenteres i journal 500.
2. Nye brukere: Saksbehandler i Bestillerenheten fyller ut sjekkliste 4 på alle nye brukere av hjemmetjenesten
3. Revurdering/evaluering av alle brukere i hjemmetjenesten, minimum hver 6 mnd av primærkontakt og sykepleier

Før hjemmebesøket- Gjøres av alle		
Forberedelse		Les igjennom vedtak og annen relevant informasjon (e-link, epikriser, tidligere diagnoser, tiltaksplan, osv) Er det gitt samtykke til å innhente/dele informasjon?
Komparent opplysninger		Vurder å invitere pårørende til samtale om pasientens kartlegging. (alltid hvis de har tiltakspakke demens)
Stemmer nærmeste pårørende i Geric?		Er det avklart at vi får lov å ha dialog med dem ved behov?
1. Helse/legeopplysninger – Fylles ut av sykepleier (forberedes på kontoret)		
Aktuelle diagnoser		NB: Skrives inn i journal 5
Kritisk informasjon		Cave, smitte, behov for vaksine
Sykepleietiltak		Tiltak som må følges opp på bakgrunn av diagnosene Hvilke tiltak er igangsatt i forhold til vedtak.
Endring i helse og hjelpebehov det siste halve året		Økt tjenester, økt tid på tjenesten
Vært innlagt siden sist kartlegging?		KØH/Sykehus/korttid/ Rehabilitering
Videre oppfølging etter siste fastlegekontroll.		Spesielle observasjoner fremover. Planlagte kontroller, innleggelser og videre behandlingsforløp. Sist lege besøk? IPLOS
Hva er viktig for deg ved en forverring av din helsetilstand? Ikke nødvendig å gjøre hvert halvår-oppsummer med bruker hva som ble sagt		Alle får spørsmålet, men vurder om du bør ta initiativ til eget møte om «Forhåndssamtale» (Se veileder i qm+).

forrige sjekkliste og hva som evt skal endres		Møtet legger grunnlag for møte hos fastlegen der en lager en plan ved forverring av tilstanden.
Behandlingsavklaring: (primært for pasienter med kort forventet levetid)		Er det laget en plan ved forverring av tilstanden (Res min, smertelindring sykehusinnleggelse,?)
Dokumentasjon: Ved res. Minus må legen ha en samtale med pasient/pårørende og det skal dokumenteres på RES min fane i Gerica.		
2. Medisiner (legemiddelopplysninger) – Fylles ut av sykepleier		
Medisinadministrering/ multidose		Hvem har medikamentansvaret og klarer brukeren å håndtere det selv? Utfordringer ift. admin: Glemmer å ta medisiner, Svelgevansker, vil ikke ha/motsetter seg, tabletter må knuses
Medisinendringer siste halvår?		Virkning/bivirkning, spesielle observasjoner
Samstemming av legemidler.		Kontakt legen for samstemming. Legemidler i bruk samstemmer med hjemmetjenestens opplysninger. Tar pasienten andre medisiner enn det som står på listen?
Har alle medisinene indikasjon?		Evt etterspør informasjon fra fastlegen
Legemiddelgjennomgang		Kontakt fastlege for legemiddelgjennomgang. IPLOS Informert også fastlege v/ risiko for legemiddelrelaterte problem. Risiko når: ☐ Pasienten er over 65 år og bruker 4 legemidler eller mer ☐ Kombinasjon av legemidler og alkohol (også ved færre enn 4 legemidler)
Tips: På www.interaksjoner.no får du raskt en oversikt over legemiddelinteraksjoner. Fastlegen skal ved behov gjennomføre en legemiddelgjennomgang hos pasienter som bruker 4 legemidler eller mer. Jfr. Fastlegeforskriften.		
3. Kartlegging og brukermedvirkning		
Hva er viktig for deg i forhold til din helsesituasjon?		Jeg ønsker å ha en samtale med deg om hvordan din situasjon er og hva som er viktig for deg nå.
Kommunikasjon/ sanser		Syn, hørsel, evt hjelpemidler. Språk, afasi, kommunikasjonsevner.
Psykisk/mental status		Oppleves brukers adferd som adekvat? Forvirringstilstand? Hukommelsesproblemer, forvirring, nedstemthet, angstlignende symptomer, irritasjon, psykisk lidelse, fare for vold og trusler,

		selvmordsrisiko. Har bruker forståelse for egen situasjon? Hvis nei, vurder samtykkekompetanse (vedlegg 3 & QM+) Bruk FARV Ved hukommelsesproblemer vurderer følgende: Er pasienten utredet? Behov for tiltakspakke demens? Observasjon av demensutvikling: Sjekk kjøleskap, smører mat selv?, personlig hygiene, lukt i huset, adekvat påklledning, trygghet i trafikken, sertifikat, orienteringsevne																																																																								
Respirasjon/sirkulasjon Respirasjon: _____ BT: _____ Puls: _____ SPO2: _____ Føres i lab modul i Geric NEWS Score:	NEWS2 (NATIONAL EARLY WARNING SCORE 2) <table><tr><th>FYSIOLOGISKE PARAMETERE</th><th>3</th><th>2</th><th>1</th><th>0</th><th>1</th><th>2</th><th>3</th></tr><tr><td>Respirasjonsfrekvens (pr. minutt)</td><td>≤8</td><td></td><td>9–11</td><td>12–20</td><td></td><td>21–24</td><td>≥25</td></tr><tr><td>SpO₂ Skala 1 (%)</td><td>≤91</td><td>92–93</td><td>94–95</td><td>≥96</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>SpO₂ Skala 2 (%) *</td><td>≤83</td><td>84–85</td><td>86–87</td><td>88–92 ≥ 93 på luft</td><td>93–94 på oksygen</td><td>95–96 på oksygen</td><td>≥97 på oksygen</td></tr><tr><td>Luft eller oksygen</td><td></td><td>Oksygen</td><td></td><td>Luft</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Systolisk blodtrykk (mmHg)</td><td>≤90</td><td>91–100</td><td>101–110</td><td>111–219</td><td></td><td></td><td>≥220</td></tr><tr><td>Pulsfrekvens (pr. minutt)</td><td>≤40</td><td></td><td>41–50</td><td>51–90</td><td>91–110</td><td>111–130</td><td>≥131</td></tr><tr><td>Bevissthetsnivå **</td><td></td><td></td><td></td><td>A</td><td></td><td></td><td>C, V, P, U</td></tr><tr><td>Temperatur (°C)</td><td>≤35,0</td><td></td><td>35,1–36,0</td><td>36,1–38,0</td><td>38,1–39,0</td><td>≥39,1</td><td></td></tr></table> * Skala 2: Lege skal dokumentere i journal når Skala 2 skal brukes Ved alle andre tilfeller brukes Skala 1 ** Bevissthetsnivå: A = Alert (Våken) C = Confusion (Nyoppstått forvirring) V = Voice (Reagerer på tiltale) P = Pain (Reagerer på smertestimulering) U = Unresponsive (Reagerer ikke på tale- eller smertestimulering)	FYSIOLOGISKE PARAMETERE	3	2	1	0	1	2	3	Respirasjonsfrekvens (pr. minutt)	≤8		9–11	12–20		21–24	≥25	SpO ₂ Skala 1 (%)	≤91	92–93	94–95	≥96				SpO ₂ Skala 2 (%) *	≤83	84–85	86–87	88–92 ≥ 93 på luft	93–94 på oksygen	95–96 på oksygen	≥97 på oksygen	Luft eller oksygen		Oksygen		Luft				Systolisk blodtrykk (mmHg)	≤90	91–100	101–110	111–219			≥220	Pulsfrekvens (pr. minutt)	≤40		41–50	51–90	91–110	111–130	≥131	Bevissthetsnivå **				A			C, V, P, U	Temperatur (°C)	≤35,0		35,1–36,0	36,1–38,0	38,1–39,0	≥39,1		Frekvens, ubesværet/besværet, O₂ behov, surkling, hoste, slim, temp, hud (klam, varm, tørr evt ødemer) BT/Puls. NB: Normal NEWS Score skrives i tiltaksplan under Medisinsk oppfølging (bruk tekstbank tilhørende prosedyrefelt)
FYSIOLOGISKE PARAMETERE	3	2	1	0	1	2	3																																																																			
Respirasjonsfrekvens (pr. minutt)	≤8		9–11	12–20		21–24	≥25																																																																			
SpO ₂ Skala 1 (%)	≤91	92–93	94–95	≥96																																																																						
SpO ₂ Skala 2 (%) *	≤83	84–85	86–87	88–92 ≥ 93 på luft	93–94 på oksygen	95–96 på oksygen	≥97 på oksygen																																																																			
Luft eller oksygen		Oksygen		Luft																																																																						
Systolisk blodtrykk (mmHg)	≤90	91–100	101–110	111–219			≥220																																																																			
Pulsfrekvens (pr. minutt)	≤40		41–50	51–90	91–110	111–130	≥131																																																																			
Bevissthetsnivå **				A			C, V, P, U																																																																			
Temperatur (°C)	≤35,0		35,1–36,0	36,1–38,0	38,1–39,0	≥39,1																																																																				
Ernæring		BMI, vekt/høyde, IPLOS ernæringsstatus og vektendring siste tiden . Diett, spiser selv, matallergi, svelgevansker, mosa mat, behov for oppfølging under måltid. Variert/ensidig kosthold/spiseforstyrrelse Mengde, hyppighet av måltider. Ved underernæring skal det lages en ernæringsplan i tiltaksplan (se egen prosedyre) Vedlegg 1: Obligatorisk ernæringskartlegging – under revisjon, inn med MST																																																																								
Eliminasjon		Kontinent/inkontinent for urin og avføring, obstipasjon, bruk av lakserende midler																																																																								
Hud/vev/sår		Hel hud, eksem, sår, risiko for trykksår ja/nei, evt forebyggende tiltak. Sårprosedyre og rutine for skiftning .Neglstell/føtter																																																																								
Beskriv funksjonsnivå og daglige gjøremål		Tips: Be brukeren beskrive en vanlig dag med typiske aktiviteter:																																																																								

Hva mestrer pasienten selv og hva hjelper du med/ tilrettelegging?		☐ Grad av mobilitet (utendørs/innendørs) og falltendens. Har bruker falt siden sist kartlegging? Ved falltendens se vedlegg 2 & QM+ for fallkartlegging. ☐ Ved redusert egenmestring vurder om det skal iverksettes tiltak som: (fysio/ ergo, innsatsteam, opplæring av pårørende, HBT/HDO setter mål sammen med pasienten om økt egenmestringen) ☐ Hvordan gjør du det i forhold til personlig hygiene/av og påklledning? Dusj? ☐ Matlaging, søppeltømming, rengjøring, innkjøp og økonomi. ☐ Hjelpemidler?
Husk: Ved brått funksjonsfall etter sykdom siste 3 mnd som gir utslag på utførelsen av daglige aktiviteter <u>skal</u> pasienten henvises til fysio/ergo. Henvises ved å bruke flettemal og sende internmelding til fysio/ergo		
Smerter		Akutte/kroniske smerter. Lokaliser smertene, hyppighet. Hemmer smertene pasientens mobilitet/hvile? Tilstrekkelig smertelindret? (NRS/ ESAS/ MOBID2-Se QM+)
Sosialt/interesser		Hva er viktige aktiviteter/ interesser i hverdagen, hva har tidligere vært viktig? Familierelasjoner/ nettverk, behov for bistand til sosial deltakelse. Hjelp til å ivareta tro/ livssyn?
Tips: Kan vi koble på frivillige eller foreninger? Ta med kulturkalenderen til kommunen. Søke dagsenter?		
Tannhelse		Behov for bistand til munnhygiene? Egne tenner eller protese. Munntørrhet/andre plager. Sist tannlegebesøk(IPLOS)
Informert: Når en person har hatt hjemmetjeneste i minst 3 mnd. Og besøk minst 1 dag per uke har de rett til gratis tannbehandling. Det må også foreligge vesentlig pleiebehov og ikke kunne ta forsvarlig vare på egen tannhelse. Eget skjema.		
Rusmidler		Daglig forbruk av tobakk Alkohol (enheter per uke) Avhengighetsproblematikk Andre rusmidler (type rusmiddel, inkludert ikke foreskrevne legemidler, hyppighet, inntaksmåte, mengde/dose).
Tips: En standard alkoholenhet (AE) tilsvarer en av følgende: 1 liten flaske pils, 1 vinglass m/svakvin (1,5 dl), 1 shotglass 40% sprit (0,4 dl). Grenseverdi for voksne per uke er under 9 AE for kvinner og under 13 AE for menn.		

Annet		Individuell plan, koordinatør, oppfølging fra andre faggrupper, andre relevante opplysninger.
Hjelpemidler		Behov for nye hjelpemidler? Behov for veiledning i riktig bruk? Trygghetsalarm ☐ Test alarmen ☐ Klarer personen å benytte alarmen/forståelse for bruk? Behov for å tilpasse bolig ☐ Fjerne dørstokker ☐ Gulvtepper ☐ Gode lysforhold ☐ Behov for annen bolig ☐ Tilpasninger Kan bruker ha nytte av velferdsteknologiske løsninger for trygghet og mestring? Dørsensor, digitalt tilsyn, sengematte, medisindispenser, mm) Tjenestekontoret kan tilby veiledning og gi vedtak
Brann og sikkerhet Tips: Avtal med pårørende at de bytter batteri i røykvarsler ved kognitiv svikt		Er brukers hjemmesituasjon forsvarlig? Vurder: ☐ Røykvarsler/batteribytte ☐ Komfyrvakt, Kaffevakt ☐ Røykforkle ☐ Stearinlys ☐ Stråleovn/Vedfyring ☐ Gardiner/klær over ovn ☐ Svimerker ☐ Evakuering ☐ Annet
Arbeidsplass-kartlegging		☐ Helse (husdyr, røyk, parfyme, ventilasjon, muggsopp) ☐ Psykososialt (vold, trusler, seksuell trakassering) ☐ Ergonomi (hjelpemidler, forflytning, bolig, overmøblering) ☐ Smitte & vaksine
Tips: Meld til leder hvis arbeidsplasskartleggingen påvirker din arbeidssituasjon. Utfordringer i arbeidssituasjonen dokumenteres i Qm+ (ikke i brukers journal). Husk også at din arbeidsplass er noen andres hjem😊.		
4. Samarbeid med pårørende		
Behov for å kontakt pårørende?		Se hvilke avtaler som er gjort tidligere før du

		begynner på dette punktet
Er det ting som må følges opp?		Avklar hvem som gjør hva Hvis behov for time hos fastlege/tannlege, kan pårørende følge?
Ta opp eventuelle risikoområder vi har identifisert		(Ernæring, fall, brann osv..)
Pårørende støtte: opplæring, veiledning og støtte til å stå i krevende omsorgsoppgaver.		Behov for pårørendestøtte, i de daglige møter med pleiere eller tjeneste som kan søkes bestillerenheten.
5. Avslutning		
Har vi lyktes med å hjelpe deg med det som var viktig for deg?		Hva ønsker du at vi skal følge opp videre?
Oppsummer samtalen sammen med personen		Informert bruker om identifiserte risikoområder (ernæring, brann, fall etc) og konkrete råd og veiledning. Informasjonen skal være både gitt og forstått.
Endring av tjenester Viktig å både skalere opp og ned ut fra pasientens behov.		☐ Dersom kartleggingen viser at det er behov for flere tjenester, må dette fremkomme tydelig i dette punktet. Internmelding sendes til tjenestekontoret med henvisning til sjekklisten. ☐ D kartleggingen viser at tjenesten kan reduseres/avsluttes må dette fremkomme. Gjøres i samarbeid med pas., ved uenighet må tjenestekontoret sende ut et forhåndsvarsel. ☐ Behov for endringer i praktisk bistand?
6. Etterarbeid		
Oppdater: Tiltaksplan. Iplos/ ADL. Brukerkort Send E-link til fast lege (behandlingsavklaring, samstemming, diagnoseoversikt m.m) Avtal dato for ny sjekkliste 4: Nb: Sjekkliste 4 er grunnlaget for hvilke tiltak som må iverksettes/avsluttes i tiltaksplanen.		

Vedlegg 1: Prosedyre for ernæringskartlegging og ernæringsplan

DEL 1: Ernæringskartlegging (MUST)

Ernæringskartlegging			Score min pasient
Trinn 1 BMI	>20 (>30 fedme)	Score 0	
	>18,5-20	Score 1	
	<18,5	Score 2	
Trinn 2 <u>Ufrivillig vekttap</u> de siste 3-6 mnd	<5%	Score 0	
	5-10%	Score 1	
	>10%	Score 2	
Trinn 3 Score for akutt sykdom	Hvis pasienten lider av akutt sykdom og ikke har hatt eller sannsynligvis ikke vil ha næringsinntak i fem dager eller mer	Score 2	
Trinn 4 Samlet risiko for underernæring	Legg sammen scorene for å beregne samlet risiko for underernæring	Score 0 = Lav risiko Score 1= Middels risiko Score 2 eller mer= Høy risiko	Totalscore:
BMI på helsekort: Helsekortet på mobilene regner BMI ut automatisk hvis du har lagt inn høyde og vekt.		Formel BMI $\text{BMI} = \frac{\text{vekt (kg)}}{\text{høyde}^2 (\text{m})}$	60kg 1,68 m x 1,68 = BMI ca 21

DEL 2: oppfølging og ernæringsplan (tiltak)

Tiltak ved lav risiko = Score 0	Gjenta Screening minimum: • Sykehjem: Hver 6 uke • Omsorgsbolig med heldøgns bemanning: Hver 6 måned • Hjemmetjenesten: Hver 6 måned
Ernæringsplan ved middels risiko= Score 1	1. Hva er pasientens normalvekt (alltid vært slank, eller er dette noe nytt)? 2. Vurder bakenforliggende årsaker Nedsatt matlyst, tannproblemer, tygge/svelgeproblemer; munnsårhet/munntørrehet, kvalme/oppkast, forstoppelse/diare, ødemer, gripe/bevegelsesproblemer, trenger hjelp til å spise, spisesituasjon, medikamenter, psykisk og måltidsfrekvens. 3. Målsetting for ernæringstiltaket 4. Ernæringstiltak (Mellommåltider, beriking, næringsdrikk, samspising, ønskekost osv.) 5. Kontakt lege hvis tiltakene ikke virker (eventuelt ved behov for å avklare medisinske årsaker eller drøfting av tiltak)

	- Ny vekt og evaluering av tiltak om maksimum 2 uker. Når vekten er stabilisert eller økt skal ny evaluering tas om maksimum 1 mnd. - Hvis ikke effekt av tiltakene; må det gjennomføres en 3 dagers kostregistrering som skal evalueres i samarbeid med fastlegen.
Ernæringsplan ved høy risiko= Score 2 eller mer	- Hva er pasientens normalvekt (alltid vært slank, eller er dette noe nytt)? - Vurder bakenforliggende årsaker Nedsatt matlyst, tannproblemer, tygge/svelgeproblemer; munnsårhet/munntørrehet, kvalme/oppkast, forstoppelse/diare, ødemer, gripe/bevegelsesproblemer, trenger hjelp til å spise, spisesituasjon, medikamenter, psykisk og måltidsfrekvens. - Målsetting for ernæringstiltaket - Ernæringstiltak (Mellommåltider, beriking, næringsdrikk, samspising, ønskekost osv. Evt. sondeernæring/intravenøs i samråd med lege/ernæringsfysiolog) - Kontakt <u>alltid</u> lege for å informere om høy risiko, avklare om det er medisinske årsaker og igangsetting av tiltak. - Ny vekt og evaluering av tiltak om maksimum 1 uke. Når vekten er stabilisert eller økt skal ny evaluering tas om maksimum 1 mnd. - Hvis ikke effekt av tiltakene; må det gjennomføres en 3 dagers kostregistrering som skal evalueres i samarbeid med fastlegen.
Tips: For å komme med tiltak, må en kjenne rutiner og ønsker hos pasienten. I tiltaksplanen kan en lage et tiltak som heter matvanekartlegging (ligger som tekstbank). Husk på at pårørende ofte er en god samarbeidspartner!	

Trinn 2 – Vekttap-score

	SCORE 0 Vekttap < 5%	SCORE 1 Vekttap 5-10%	SCORE 2 Vekttap > 10%
34 kg	<1.70	1.70 – 3.40	>3.40
36 kg	<1.80	1.80 – 3.60	>3.60
38 kg	<1.90	1.90 – 3.80	>3.80
40 kg	<2.00	2.00 – 4.00	>4.00
42 kg	<2.10	2.10 – 4.20	>4.20
44 kg	<2.20	2.20 – 4.40	>4.40
46 kg	<2.30	2.30 – 4.60	>4.60
48 kg	<2.40	2.40 – 4.80	>4.80
50 kg	<2.50	2.50 – 5.00	>5.00
52 kg	<2.60	2.60 – 5.20	>5.20
54 kg	<2.70	2.70 – 5.40	>5.40
56 kg	<2.80	2.80 – 5.60	>5.60
58 kg	<2.90	2.90 – 5.80	>5.80
60 kg	<3.00	3.00 – 6.00	>6.00
62 kg	<3.10	3.10 – 6.20	>6.20
64 kg	<3.20	3.20 – 6.40	>6.40
66 kg	<3.30	3.30 – 6.60	>6.60
68 kg	<3.40	3.40 – 6.80	>6.80
70 kg	<3.50	3.50 – 7.00	>7.00
72 kg	<3.60	3.60 – 7.20	>7.20
74 kg	<3.70	3.70 – 7.40	>7.40
76 kg	<3.80	3.80 – 7.60	>7.60
78 kg	<3.90	3.90 – 7.80	>7.80
80 kg	<4.00	4.00 – 8.00	>8.00
82 kg	<4.10	4.10 – 8.20	>8.20
84 kg	<4.20	4.20 – 8.40	>8.40
86 kg	<4.30	4.30 – 8.60	>8.60
88 kg	<4.40	4.40 – 8.80	>8.80
90 kg	<4.50	4.50 – 9.00	>9.00
92 kg	<4.60	4.60 – 9.20	>9.20
94 kg	<4.70	4.70 – 9.40	>9.40
96 kg	<4.80	4.80 – 9.60	>9.60
98 kg	<4.90	4.90 – 9.80	>9.80
100 kg	<5.00	5.00 – 10.00	>10.00
102 kg	<5.10	5.10 – 10.20	>10.20
104 kg	<5.20	5.20 – 10.40	>10.40
106 kg	<5.30	5.30 – 10.60	>10.60
108 kg	<5.40	5.40 – 10.80	>10.80
110 kg	<5.50	5.50 – 11.00	>11.00
112 kg	<5.60	5.60 – 11.20	>11.20
114 kg	<5.70	5.70 – 11.40	>11.40
116 kg	<5.80	5.80 – 11.60	>11.60
118 kg	<5.90	5.90 – 11.80	>11.80
120 kg	<6.00	6.00 – 12.00	>12.00
122 kg	<6.10	6.10 – 12.20	>12.20
124 kg	<6.20	6.20 – 12.40	>12.40
126 kg	<6.30	6.30 – 12.60	>12.60

Vekt før vekttap (kg)

DEL 1- Kartlegging av situasjonen når pasienten har falt

- ☐ Har pasienten skadet seg? Behov for å tilkalle sykepleier/lege?
- ☐ Hva har pasienten spist og drukket siste døgn?
- ☐ Hvorfor falt pasienten (medikamenter, **infeksjon**, underliggende sykdom, boligutfordringer, ustø, alkohol, pillemisbruk, uflaks, uklart, sammensatt)?
- ☐ Vurdere behov for å ta vitale parameter (NEWS2), utelukke infeksjon og underforliggende sykdom.
- ☐ Behov for ekstra tilsyn/oppfølging?

DEL 2 – Forebygging og tiltak (Sykepleier påfølgende virkedag)

- ☐ **Tiltak 1 Akutt sykdom**
Ny vurdering om det er akutt sykdom og behov for å følge opp med vitale parameter (NEWS2).
- ☐ **Tiltak 2 Legemiddelgjennomgang og oppfølging hos lege**
Obs: ved bruk av mer enn 4 legemidler og ved bruk av disse medikamentene: Beroligende, sovetabletter, neuroleptika, diuretika, antihypertensiva, antiparkinson-midler, antidepressiva.
NB: Henvis til fastlege med spørsmål om legemiddelgjennomgang og vurdering av medisinsk underforliggende årsak-
- ☐ **Tiltak 3 Ernæringskartlegging**
Ernæringskartlegging (vekttap eller akutt sykdom som påvirker mat og drikke inntak)
- ☐ **Tiltak 4 Vurder behov for tverrfaglig utredning**
Fysioterapeut, ergoterapeut, innsatsteam, ruskonsulent, demensteam, psykiatrisk sykepleier, lege osv..
- ☐ **Tiltak 5 Styrke og balansetrening**
Trening på egenhånd eller i gruppe og opprettholde daglig aktivitet.
- ☐ **Tiltak 6 Hjelpemidler og tryggingstiltak i bolig**
Behov for nye eller tilpasning av gamle hjelpemidler og opplæring i bruk. Eksempel: Briller, belysning, håndtak, trygghetsalarm, fallsensor, hoftebeskytter, dusjstol, toalettforhøyer, rullator, tepper, dørstokker,
- ☐ **Tiltak 7 Pasient og pårørendeinformasjon**
Informasjon til pasient og pårørende om tiltak og hjelpemidler for å forebygge fall.
- ☐ **Tiltak 8 Tverrfaglig utredning (innsatsteam)**

Vedlegg 3 – Hjelp ved vurdering av samtykkekompetanse

1. Bakgrunn (Pasient – og brukerrettighetsloven § 4-3)

Samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming **åpenbart** ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter.

Den som **ytter** helsehjelp avgjør om pasienten mangler kompetanse til å samtykke etter annet ledd. Helsepersonellet skal ut fra pasientens alder, psykiske tilstand, modenhet og erfaringsbakgrunn legge forholdene best mulig til rette for at pasienten selv kan samtykke til helsehjelp, jf. § 3-5.

2. Kartlegging

Bevar spørsmålene under med Ja/nei	Ja	Nei
Evner pasienten å uttrykke valg?		
Forstår pasienten informasjonen som er relevant for å ta beslutning om helsehjelp?		
Anerkjenner pasienten informasjonen i egen situasjon, spesielt i forhold til egen lidelse og mulige utfall av de ulike behandlingsalternativer?		
Evner pasienten å bedømme relevant informasjon ved avveining av ulike behandlingsalternativer?		
Er du overbevist om at pasienten åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter? En mindre reduksjon i forstandsevne er ikke tilstrekkelig.		
Er du i tvil skal pasienten ha rett til å samtykke til behandlingen eventuelt til å nekte å motta behandling.		
Mangler pasienten helt eller delvis samtykkekompetanse?		

3. Viktig

- Pasientens evne til å samtykke skal vurderes **konkret** i forhold til beslutningen om helsehjelp som skal tas. (Dvs at samtykkekompetanse kan falle helt bort på enkelte tiltak, men ikke for andre. Vi skiller mellom hel eller delvis samtykkekompetanse og områdene skal beskrives konkret. For eksempel: Pasienten mangler samtykkekompetanse i forhold til å forstå at han trenger insulininjeksjon og har behov for døgnbasert opphold.
- Pasientens forutsetninger for å kunne samtykke skal optimaliseres.

4. **Vedtak:** Ved manglende samtykkekompetanse ligger prosedyre og skjema i Gerica som flettemal nr. 135. Det skal også dokumenteres i brukerstatusfeltet.

Vedlegg 4 kriterier for tildeling av velferdsteknologi

Hvorfor velferdsteknologi?

- Tiltaket skal være nødvendig for å hindre eller begrense risiko for skade på pasienten eller brukeren.
- Tiltaket skal være i pasientens eller brukerens interesse.
- Det skal legges vekt på om tiltaket står i rimelig forhold til den aktuelle risikoen.
- Det skal vurderes om tiltaket fremstår som det minst inngripende alternativet.
- Det skal vurderes om det er sannsynlig at pasienten eller brukeren ville ha gitt tillatelse til tiltaket. Der det er mulig skal det innhentes informasjon fra pasientens eller brukerens nærmeste pårørende om hva pasienten eller brukeren ville ha ønsket.